後期高齢者医療再交付申請書

届出者名	広域　太郎	本人との関係	子
届出者住所	藍住町〇〇〇〇〇〇番地	連絡先電話番号	012-345-6789

被保険者番号	01234567
個人番号	012345678901
フリガナ	コウイキ　ハナコ
氏名	広域　花子
生年月日	大正　・　昭和（〇）　〇 年　〇 月　〇 日
住所（施設名及び施設所在地）	藍住町　〇〇〇〇〇〇番地

該当する□にレ印を記入すること。

1　再交付を必要とするもの

☑ 後期高齢者医療資格確認書

□ 後期高齢者医療特定疾病療養受療証

2　再交付の理由

□ 破損　□ 汚損　☑ 紛失　□ その他（　　）

※破損または汚損のため、この申請を行う場合には、破損または汚損した資格確認書等を添付してください。

※無効公告を希望する場合は、別途申し出てください。

徳島県後期高齢者医療広域連合長　殿

上記のとおり、再交付を申請します。

令和　〇年　〇月　〇日

市町村処理欄	再交付（無効）年月日	・　・			
	無効公告の有無	有　・　無			

広域連合処理欄	広域連合受付年月日	・　・	システム確認済	□
	公告年月日	・　・	公告番号	